

3. Детская спортивная медицина : рук. для врачей / под ред. С.Б. Тихвинского, С.В. Хрущева. – М. : Физкультура и спорт, 1992. –264 с.

УДК 616.1-089

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Масловская М.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной преждевременной смертности и инвалидизации населения во всем мире, оказывая, таким образом значительное отягощающее воздействие на систему здравоохранения и социальной защиты [1].

Основной стратегией контроля за ССЗ, рекомендуемой ВОЗ для населения большинства стран, является снижение степени суммарного кардиоваскулярного риска, т.е. риска развития первого инфаркта миокарда/мозгового инсульта или повторных сердечно-сосудистых осложнений у пациентов, ранее перенесших такие осложнения [2]. Ограниченность ресурсов диктует необходимость выбора приоритетных направлений.

Определение приоритетов и путей реализации основных стратегий контроля за ССЗ в конкретных условиях отдельной страны/региона требуют тщательного анализа сложившейся в данном регионе ситуации. Актуальность приобретают планирование и реализация комплексных регионарных программ профилактики неинфекционных заболеваний, тесно связанных с программами социально-экономического развития регионов. На современном этапе имеется ряд возможностей интегральной оценки ряда показателей с использованием математического моделирования для формирования точных среднесрочных прогнозов.

Все международные рекомендации по профилактике ССЗ в клинической практике подчеркивают важность оценки общего риска ССЗ, т.к. атеросклероз обычно развивается на фоне сочетания целого ряда факторов риска. Стратегия профилактики ССЗ напрямую зависит от сердечно-сосудистого риска (ССР): чем выше риск, тем интенсивнее должны быть профилактические мероприятия [2].

Существующие модели оценки сердечно-сосудистого риска и их ограничения

Для оценки 10-летнего риска фатальных ССЗ Европейским обществом кардиологов рекомендована к использованию шкала SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) . Система SCORE оценивает 10-летний риск первого фатального атеросклеротического события. Включены все коды Международной классификации болезней, которые можно обоснованно считать атеросклеротическими, включая ИБС, инсульт и аневризму брюшной аорты. Шкала SCORE позволяет прогнозировать 10-летний риск развития фатальных ССЗ, учитывая такие факторы риска, как возраст, пол, курение, систолическое АД, уровень общего холестерина. Однако, несмотря на простоту в использовании и учет многофакторного характера ССЗ, имеется ряд ограничений в использовании шкалы риска SCORE. Так, шкала оценивает риск смертельного, но не общего (фатальный и нефатальный) риска ССЗ. Оценка общего ССР обеспечивает гибкость: если нормализация риска не может быть достигнута за счет коррекции какого-либо одного фактора риска, то попытка контроля над другими факторами также может снизить риск. Таким образом, шкала SCORE ограничена основными детерминантами риска, имеется ограниченный возрастной диапазон (40-65 лет). Долгосрочные прогнозы, основанные на 10-летнем

периоде, позволяют охватить максимально большое число пациентов, оценить общий риск ССЗ у них, но максимально высокий риск и возникновение неблагоприятных событий в короткий период времени такой подход оценить не позволяет.

Шкала GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) позволяет оценить риск летальности и развития инфаркта миокарда уже на госпитальном этапе, а также в течение последующего полугодия при условии выбора консервативной стратегии лечения. Шкала разработана на основе данных более чем 11000 пациентов и подтверждена в исследовании GUSTO-IIb. Стратификация риска в шкале GRACE основана на клинико-лабораторных характеристиках, включающих возраст, частоту сердечных сокращений, систолическое артериальное давление, степень сердечной недостаточности по Killip, наличие остановки сердца при поступлении, оценке изменений на ЭКГ, уровень креатинина крови, уровень кардиоспецифических ферментов [3, 4]. Ограничение использования данной шкалы оценки заключено в ее краткосрочной перспективе прогнозирования и применения к группе пациентов с определенным вариантом острого коронарного синдрома.

Существуют и другие системы оценки риска с учетом уровня глюкозы, выраженности ожирения, уровня АД, уровня холестерина, наличия изменений клапанного аппарата сердца, изменения фракции выброса и диастолического наполнения левого желудочка, данных коронарографии и т.д. (TIMI, GUSTO, PURSUIT, PREDICT), но интегральные оценки ССР не разработаны, нет достаточно простых методов определения индивидуального ССР или методов выделения групп высокого риска развития различных осложнений за период 3-5 лет.

Поэтому возникает необходимость в создании оптимальной модели оценки индивидуального среднесрочного риска ССЗ и прогноза жизни пациентов с ИБС, учитывая многофакторный характер ССЗ и региональные особенности с целью повышения эффективности и экономической целесообразности использования высокотехнологичных и дорогостоящих методов, способных улучшить прогноз.

Необходимость создания интегральной модели оценки сердечно-сосудистого риска и среднесрочного прогнозирования

В настоящее время не разработана оптимальная модель оценки риска, включающая все аспекты стратификации неблагоприятных событий, поэтому может быть использован альтернативный подход, основанный на результатах клинических исследований, с учетом комплекса данных ЭХО-кардиографии, функциональных проб с физической нагрузкой, коронарографии, сопутствующих заболеваний.

К ангиографическим факторам высокого риска ишемических событий после чрезкожного коронарного вмешательства относятся: множественные стенты (имплантированы ≥ 3 стента, стентированы ≥ 3 значимых стенозов при диффузном поражении коронарного русла (многососудистое ЧКВ)) или использованы биоразлагаемые скаффолды; вмешательства на сосудах малого диаметра (менее 2,75 мм); большая длина поражения (общая длина стента > 60 мм); бифуркационное стентирование; стентирование хронической окклюзии; стентирование ствола или проксимального отдела передней нисходящей ветви левой коронарной артерии; стентирование аортокоронарных шунтов [5]. Для полноценной оценки риска необходим комплексный анализ с учетом значимых клинических факторов и коморбидности [6], в частности: инфаркт миокарда или тромбоз/рестеноз стента в анамнезе; артериальная гипертензия; хроническая болезнь почек (клиренс креатинина ≤ 60 мл/мин); мультифокальный атеросклероз; ХСН с низкой фракцией выброса (≤ 40 %); сахарный диабет, курение в настоящее время; дислипидемия; злокачественное новообразование; ожидаемая низкая приверженность к лечению; деменция/выраженная когнитивная дисфункция; анемия.

Клиническую эффективность проведенного фармако-инвазивного лечения возможно оценить в динамике и спрогнозировать развитие неблагоприятных исходов в

среднесрочной перспективе, учитывая следующие конечные точки: рецидив стенокардии, развитие инфаркта миокарда, необходимость в повторной реваскуляризации, летальность, прогрессирование ХСН (число госпитализаций по поводу ХСН); острое нарушение мозгового кровообращения; выполнение АКШ/МКШ. Полученные данные позволяют разработать клинические рекомендации применения различных типов коронарных стентов в зависимости от особенностей коронарного поражения, клинического статуса пациентов, а также показаний к длительному приему антиагрегантной либо комбинированной с прямыми пероральными антикоагулянтами терапии. Важно проанализировать отдельную группу пациентов, у которых эндоваскулярное лечение сопровождается неблагоприятным отдаленным прогнозом, для своевременной коррекции проводимой терапии и повторной оценки состояния коронарного кровотока.

Заключение. Существующие модели оценки риска неблагоприятных исходов ССЗ имеют существенные ограничения.

Наиболее актуален среднесрочный прогноз (3-5 лет), что позволит выделить группу с высоким риском неблагоприятных исходов – инсульта, инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, смерти и еще достаточно времени для получения достаточного эффекта от проводимой терапии.

Особенно актуальны прогнозы после коронарной реваскуляризации, что, по-видимому, может позволить повысить эффективность профилактики последующего развития поражений коронарного русла и миокарда.

Литература:

1. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) / M.F. Piepoli [et al.] // Eur Heart J. – 2016. – Vol. 37. – P. 2315–2381.

2. Кардиоваскулярная профилактика, 2017 : Рос. Нац. рекомендации // Рос. кардиол. журн. – 2018. – Vol. (6). – С. 7–122.

3. Клинический протокол диагностики и лечения инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии : утв. постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 06.06.2017 № 59. С. 43.

4. 2015 ESC Guide-lines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC) / M. Roffi [et al.] // Eur Heart J. – 2016. – Vol. 37(3). – P. 267–315.

5. Comparison of an everolimus-eluting bioresorbable scaffold with an everolimus-eluting metallic stent for the treatment of coronary artery stenosis (ABSORB II): A 3 year, randomised, controlled, single-blind, multicentre clinical trial / P.W. Serruys [et al.] // The Lancet. – 2016. – Vol. 388. – P. 2479–2491.

6. 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS: The Task Force for dual antiplatelet therapy in coronary artery disease of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) / M. Valgimigli [et al.] // Eur. Heart J. – 2018. – Vol. 39(3). – P 213–260.